

טופס הודעה למבטח על אירוע - היחידה הרפואית

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

אין לתייק בתיק החולה

שם המבוטח: _____ מס' הפוליסה: _____ סוכן: _____ בי"ח/מוסד/מרפאה: _____

שם המדווח: _____ תפקיד: _____ תאריך דיווח: _____

סיבת הדיווח: אירוע חריג / תלונה / דרישה / דרישת עו"ד / בקשת תיק רפואי / תביעה משפטית

פרטי המטופל / התובע

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז. _____ מין ז / נ

תאריך לידה: _____ כתובת: _____ טלפון / נייד: _____

היסטוריה רפואית רלבנטית: _____

נתוני האירוע:

תאריך: _____ שעה: _____ שבת / חול / חג _____ משמרת: ב / ע / ל

מקום האירוע (מחלקה / מרפאה / מכון): _____

מטפלים / מעורבים בעלי זיקה לאירוע:

שם: _____ תפקיד: _____ מומחיות: _____ טל: _____

שם: _____ תפקיד: _____ מומחיות: _____ טל: _____

שם: _____ תפקיד: _____ מומחיות: _____ טל: _____

תיאור האירוע:

(במקרה של חוסר מקום - צרף טופס נוסף)

תוצאות האירוע:

(במקרה של חוסר מקום - צרף טופס נוסף)

תגובת המטפלים / המעורבים:

(במקרה של חוסר מקום - צרף טופס נוסף)

← המשך מעבר לדף

דו"ח זה חסוי וסודי ומיועד לעורכי הדין של חברת הביטוח

אין לתייק בתיק החולה

סמן X במקום המתאים (במידה שיש מסמכים רלבנטיים - נא לצרפם)

_____ כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>	התובע סרב לקבל טיפול
_____ כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>	התובע הוחתם על טופס הסכמה
_____ כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>	התובע קיבל הסבר על הטיפול
_____ כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>	נערך ברור פנימי של האירוע

במקרי נפילה בלבד:

ניידות טרם האירוע: <input type="checkbox"/>	ריתוק למיטה <input type="checkbox"/>	מוגבל <input type="checkbox"/>	עצמאי <input type="checkbox"/>	עצמאי עם עזרים <input type="checkbox"/>
דפנות המיטה: <input type="checkbox"/>	מורמות <input type="checkbox"/>	לא מורמות <input type="checkbox"/>	ללא דפנות <input type="checkbox"/>	
קיום מפגע: <input type="checkbox"/>	אין <input type="checkbox"/>	יש, פרט <input type="checkbox"/>		
קיום ביטוח צד שלישי: <input type="checkbox"/>	אין <input type="checkbox"/>	יש, פרט <input type="checkbox"/>		

הערות נוספות:

(במקרה של חוסר מקום - צרף טופס נוסף)

תאריך: _____ שם ממלא הטופס: _____ תפקיד: _____ חתימה: _____

דו"ח זה חסוי וסודי ומיועד לעורכי הדין של חברת הביטוח